

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

**POUR
LES ÉTUDIANTS
ET LES
RÉSIDENTS**

Titulaire du régime :

**FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC**

N° de police :

24476-A

Préambule

Vous trouverez dans ce livret les explications des différentes protections qui sont offertes par votre régime, lequel est le seul régime parrainé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et suivi par le comité des assurances de votre Fédération.

Dale-Parizeau L.M. inc. effectue toutes les tâches de consultation, d'administration, de facturation, de perception des primes et de distribution en relation avec votre régime.

Pour tous renseignements, demandes de protection ou conseils lors d'une demande de règlements, n'hésitez surtout pas à nous contacter au :

Service d'assurances de personnes
3400, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 700
Montréal (Québec)
H3Z 3B8
Téléphone : (514) 282-1112
Sans frais : 1-800-361-8715
Télécopieur : (514) 868-6426

Nous vous soulignons que le présent document ne crée ni ne confère aucun droit contractuel ou autre. Seules les stipulations de la police collective émise par l'assureur à la Fédération régissent l'assurance.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
TABLEAU SOMMAIRE	1
CONDITIONS GÉNÉRALES	14
ASSURANCE	17
PRIMES	21
PRESTATIONS	22
RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	26
ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE	26
ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	37
ASSURANCE-MÉDICAMENTS	43
RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT	53
RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT	56
RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	67
COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT	72
PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	74

TABLEAU SOMMAIRE

Le TABLEAU SOMMAIRE décrit brièvement les garanties d'assurance collective selon la catégorie à laquelle appartient le participant.

Les pages suivantes donnent une description complète des CONDITIONS GÉNÉRALES et de chacune des GARANTIES.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Dans ce livret, le masculin inclut le féminin, sauf si le contexte s'y oppose. De plus, le singulier inclut le pluriel, lorsque requis.

RÉGIMES FACULTATIFS

Régime B – Assurance vie du participant

Régime E – Assurance de décès et mutilation accidentels du participant

Régime G – Assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée

N.B. : La participation au Régime A (Assurance maladie complémentaire) est obligatoire. Le participant peut toutefois s'en exempter sous réserve des conditions énoncées à la section CONDITIONS GÉNÉRALES.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

CONDITIONS GÉNÉRALES

DATE D'ADMISSIBILITÉ

- Un membre devient admissible à la plus tardive des dates suivantes, sous réserve de toute autre disposition de la police collective :
 - a) à la date de prise d'effet de la police collective, s'il est couvert par le régime antérieur souscrit auprès de SSQ Groupe financier inc., ou
 - b) à la date à laquelle il débute l'exercice de ses activités à titre d'étudiant ou de résident.

- Un membre actif dans ses activités à titre d'étudiant ou de résident devient admissible à la date à laquelle il en fait la demande.

- Lorsque les deux conjoints sont admissibles en tant que membres, l'un deux peut choisir d'être protégé comme personne à charge de l'autre tout en conservant son admissibilité aux régimes B, E et G.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

RÉGIME A

CHAMBRE D'HÔPITAL AU CANADA (Options 2 et 3 seulement)

Franchise :	Remboursement :	Maximum quotidien :
aucune	100 %	tarif d'une chambre privée; maximum de 90 jours par année civile pour les personnes assurées âgées de 70 ans et plus

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE et ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE (Options 1, 2 et 3)

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	5 000 000 \$ par séjour

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (Options 1, 2 et 3)

Franchise :	Remboursement :	Maximum par personne assurée :
aucune	100 %	5 000 \$ par voyage

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

OPTION 1

Franchise :	857 \$ par certificat
Remboursement (médicaments seulement) :	100 %
Maximum :	Illimité

OPTION 2

Franchise :	250 \$ par certificat
Remboursement :	80 %
Maximum :	Illimité

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

TOUS LES AUTRES FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA (suite)

OPTION 3

Franchise :	857 \$ par certificat
Remboursement	
– médicaments :	100 %
– autres frais :	80 %
Maximum :	Illimité

Terminaison :

Étudiants :

Cette garantie se termine à la fin de la période d'études du participant.

Résidents :

Cette garantie se termine à la fin de la période de résidence du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Injections sclérosantes	20 \$ par visite. Personnes assurées âgées de 65 ans et plus : Ces frais ne sont pas couverts.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants ⁽¹⁾ : physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique	Frais usuels et coutumiers.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants ⁽¹⁾ : psychiatres, psychanalystes, psychologues et psychothérapeutes	Remboursement maximal combiné de 1 000 \$ par année civile.

⁽¹⁾ *La recommandation médicale n'est pas nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RÉGIME A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants : orthophonistes, audiologistes et ergothérapeutes	Frais usuels et coutumiers.
Honoraires des praticiens de soins paramédicaux suivants ⁽¹⁾ : podiatres et ostéopathes	35 \$ par visite; remboursement maximal combiné de 700 \$ par année civile et de un traitement par jour.
Honoraires d'infirmiers	300 \$ par jour; remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile.
Séjour dans une maison de convalescence	Tarif d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours.

⁽¹⁾ *La recommandation médicale n'est pas nécessaire*

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

R É G I M E A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Cure pour alcoolisme et toxicomanie	80 \$ par jour; remboursement maximal de 2 500 \$ à vie.
Prothèses	5 000 \$ par prothèse.
Lunettes et lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte	820 \$ à vie.
Appareils thérapeutiques et prothèses mammaires	10 000 \$ à vie.
Soutiens-gorge chirurgicaux	2 soutiens-gorge par année civile.
Prothèses auditives	600 \$ par période de 48 mois consécutifs.
Réfectomètre	300 \$ par période de 60 mois consécutifs.
Bas de contention	3 paires par année civile.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

R É G I M E A (suite)

Frais médicaux - Options 2 et 3 seulement

<u>Frais couverts</u>	<u>Maximums admissibles par personne assurée</u>
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Remboursement maximal de 5 000 \$ par accident.
Prothèses capillaires	Remboursement maximal de 300 \$ à vie.
Échographies hors de l'hôpital	Remboursement maximal de 300 \$ par année civile.
Neurostimulateur transcutané	1 000 \$ par période de 60 mois consécutifs.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

RÉGIME B

Capital assuré

Étudiants :

50 000 \$

Résidents :

50 000 \$ ou 150 000 \$, au choix du participant

Terminaison :

Étudiants :

Cette garantie se termine à la fin de la période d'études du participant.

Résidents :

Cette garantie se termine à la fin de la période de résidence du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

R É G I M E E

Capital assuré

Étudiants :

50 000 \$

Résidents :

50 000 \$ ou 150 000 \$, au choix du participant

Terminaison :

Étudiants :

Cette garantie se termine à la fin de la période d'études du participant.

Résidents :

Cette garantie se termine à la fin de la période de résidence du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

RÉGIME G

Prestation mensuelle

Étudiants :

1 000 \$

Résidents :

1 000 \$ ou 2 500 \$, au choix du participant

Réductions : Le montant payable sera assujéti aux réductions énoncées dans la garantie.

Délai de carence : 90 jours

Période maximale de prestations : Jusqu'au 65^e anniversaire de naissance du participant.

Dans les cas d'invalidité partielle (résidents seulement), les prestations cessent à la date du 65^e anniversaire de naissance du participant.

TABLEAU SOMMAIRE (suite)

ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

RÉGIME G

Taux maximum d'ajustement
au coût de la vie :

Taux reconnu par l'indice des prix à la
consommation, moins 3 %

Les prestations sont non imposables seulement si la totalité de la prime est
payée par le participant.

Terminaison :

Étudiants :

Cette garantie se termine à la fin de la période d'études du participant.

Résidents :

Cette garantie se termine à la fin de la période de résidence du
participant.

CONDITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Dans la police collective, on entend par :

Accident : Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

Administrateur : Dale-Parizeau LM inc., cabinet de services financiers.

Assureur : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.

Conjoint : Une personne liée au participant par un mariage légalement reconnu ou, si le participant la désigne par écrit à l'assureur, une personne qu'il présente publiquement comme son conjoint, avec qui il fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence de tel enfant, avec qui il fait régulièrement vie commune depuis au moins un an étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'un mariage non légalement reconnu. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme conjoint.

Contrat antérieur : Le contrat d'assurance collective intervenu entre la SSQ, Société d'assurance-vie inc. et le titulaire.

Enfant à charge : Tout enfant célibataire du participant, de son conjoint ou des deux, y compris l'enfant légalement adopté :

- a) âgé de moins de 21 ans;
- b) âgé de 21 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, dont le participant ou le conjoint assume le soutien, étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation d'un certificat adéquat;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) quel que soit son âge, dont le participant ou le conjoint assume le soutien, atteint d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'enfant à charge rendant cet enfant régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice et devant vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment, moyennant présentation de preuves médicales adéquates.

Invalidité :

- a) Invalidité totale

Une incapacité complète causée par un accident ou une maladie qui empêche le participant d'accomplir les principales tâches de ses fonctions professionnelles habituelles.

- b) Invalidité partielle (résidents seulement)

Un état qui, en raison d'un accident ou d'une maladie, amène le participant à une perte d'au moins 20 % de son revenu net mensuel ajusté au début de l'invalidité.

Seul le régime G (Assurance revenu de longue durée) peut donner lieu à des prestations en regard d'une invalidité partielle. Par conséquent, la définition d'invalidité partielle ne s'applique qu'à ce seul régime.

En plus de répondre à la définition d'invalidité, le participant doit être sous les soins réguliers d'un médecin.

Maladie : Toute détérioration de la santé qui nécessite des soins médicaux réguliers, continus et curatifs donnés par un médecin.

Médecin : Tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.

Membre : Tout étudiant ou résident en médecine.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Même période d'invalidité : Une période continue d'invalidité et toute période d'invalidité subséquente :

- a) qui sont dues à la même cause ou à des causes non entièrement différentes, sans être séparées par un retour effectif du participant à ses activités professionnelles, pendant au moins 6 mois consécutifs;
- b) qui sont dues à des causes entièrement différentes sans être séparées par le retour effectif du participant à ses activités professionnelles pendant au moins un jour entier.

Non-fumeur : Une personne qui, au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'attestation, n'a fumé aucun produit de tabagisme tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe, ni aucune drogue.

Il est entendu que l'assureur peut demander à tous les 12 mois, lors du renouvellement, une confirmation de statut de non fumeur; le participant doit alors être en mesure de répondre aux exigences en vigueur à cette date et retourner sa confirmation dans les 30 jours suivant la demande, faute de quoi, il perd son statut de non-fumeur et ne bénéficiera plus de la réduction de prime qui s'y rattache, et ce, à compter de la date de la demande de l'assureur.

Participant : Toute personne admissible à l'assurance dont la demande d'adhésion a été reçue par l'administrateur.

Personne à charge : Le conjoint et les enfants tel que défini précédemment.

Personne assurée : Un participant ou une de ses personnes à charge, s'il y a lieu, admis à l'assurance.

Régime A : Garantie Assurance maladie complémentaire.

Régime B : Garantie Assurance vie du participant.

Régime E : Garantie Assurance de décès et mutilation accidentels du participant.

Régime G : Garantie Assurance revenu en cas d'invalidité de longue durée.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Taux d'indexation : Le taux d'indexation d'une année donnée est fonction du taux d'inflation et est déterminé après entente entre le titulaire et l'assureur.

ASSURANCE

ADMISSIBILITÉ

Est admissible à l'assurance :

- a) Le membre actif, à savoir : le membre, à condition d'être âgé de moins de 65 ans au moment de sa demande d'adhésion et d'exercer régulièrement ses activités à titre d'étudiant ou de résident;
- b) Le membre qui est temporairement à l'extérieur du Canada, s'il est admissible et inscrit au régime d'assurance maladie du Québec, sous réserve des dispositions relatives au maintien de l'assurance.

Cependant :

- a) les personnes à charge du membre sont admissibles à l'assurance en vertu du régime A à la même date que le membre lui-même ou à la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge du participant selon la dernière de ces éventualités;
- b) lorsque deux conjoints sont admissibles à titre de membre, l'un d'eux peut choisir d'être protégé comme personne à charge de l'autre, tout en conservant son admissibilité aux régimes B, E et G.

PARTICIPATION

Le membre admissible peut participer aux régimes A, B, E et G et ses personnes à charge peuvent participer au régime A.

Les montants d'assurance sont indiqués au Tableau sommaire.

EXEMPTION

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

Le membre déjà protégé par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires peut s'exempter de participer au régime A par avis écrit à cet effet transmis à l'administrateur.

Un membre exempté de participer à la garantie Assurance maladie complémentaire ne peut participer à la garantie Assurance soins dentaires.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

Membre

L'assurance prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) La protection que le membre peut obtenir sans preuve d'assurabilité prend effet le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par l'administrateur.
- b) Le changement de statut ou du montant de protection prend effet le premier jour du mois suivant le jour de réception de la demande par l'administrateur.

Personnes à charge

L'assurance prend effet à l'une des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assurance du membre en vertu du régime A prend effet;
- b) la date à laquelle elles deviennent des personnes à charge du membre;
- c) la date à laquelle l'assureur accepte les preuves d'assurabilité des personnes à charge, s'il y a lieu.

AUGMENTATION DU STATUT DE PROTECTION

Le membre qui choisit une protection individuelle ou monoparentale peut modifier celle-ci en une protection monoparentale, couple ou familiale, seulement en présence des événements suivants :

- a) mariage, ou

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- b) cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises), ou
- c) cessation de protection d'un contrat d'assurance collective en vertu duquel les personnes à charge étaient protégées.

MODIFICATION DE LA PROTECTION D'ASSURANCE

Relativement au régime A, après une période consécutive minimale de participation de 2 ans, toute modification d'option doit être faite au 1^{er} juillet. Toutefois, dans le cas d'un participant qui est exonéré du paiement de ses primes, il ne pourra modifier son option qu'à la date de son retour effectif au travail.

MAINTIEN DE L'ASSURANCE

Séjour à l'extérieur du pays, congé sabbatique, congé d'étude, congé de maternité, congé parental, congé d'adoption ou autre congé accepté par l'assureur

Un participant temporairement absent de son lieu ordinaire d'étude pour un ou des motifs énumérés ci-dessus peut maintenir ses garanties d'assurance pour une période maximale de 24 mois, sous réserve du paiement des primes exigibles de sa part et d'un avis transmis à l'assureur dans les 30 jours suivant le début de l'absence, et indiquant la date prévue de retour aux études, si elle est connue.

Si à l'expiration de la période maximale le participant ne retourne pas aux études, les garanties d'assurance maintenues prennent fin.

Lors du retour aux études, les garanties non maintenues sont sujettes à preuves d'assurabilité.

Pour qu'une invalidité totale, telle que définie à la police collective et survenue lors d'une absence temporaire, soit reconnue par l'assureur dans une garantie donnée, celle-ci doit avoir été maintenue. Dans ce cas, le calcul du délai de carence applicable à la garantie se fait à partir de la date prévue de retour aux études.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

TERMINAISON DE L'ASSURANCE

Participant

L'assurance d'un participant prend fin à la première des dates suivantes :

- a) l'échéance des primes exigibles pour ce participant si elles ne sont pas versées à l'assureur ou à l'administrateur avant l'expiration du délai de grâce;
- b) la date de la résiliation de la police collective;
- c) le dernier jour du mois durant lequel le participant cesse d'être admissible à l'assurance;
- d) relativement à une garantie comprenant l'exonération des primes, la date à laquelle se termine telle exonération de prime à moins que le participant n'ait repris le paiement de ses primes en tant que membre admissible à l'assurance en vertu de la police collective;
- e) le premier jour du mois qui suit la réception par l'administrateur d'une demande écrite du participant à cet effet;
- f) après la période de 24 mois prévue à la section MAINTIEN DE L'ASSURANCE, dans le cas d'un participant qui ne retourne pas aux études à l'expiration de cette période maximale de 24 mois;
- g) la date à laquelle le participant ou l'une de ses personnes à charge perçoit ou laisse percevoir, en conséquence de fausses demandes ou représentations provenant du participant ou d'un tiers, des prestations auxquelles la police collective ne donne pas droit, indépendamment de tout autre recours que l'assureur pourrait exercer.

Personnes à charge

L'assurance des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'assurance du participant prend fin;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge;

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

- c) l'échéance des primes exigibles pour les personnes à charge en vertu de la police collective si elles ne sont pas versées à l'assureur ou à l'administrateur avant l'expiration du délai de grâce;
- d) le premier jour du mois qui suit la réception par l'administrateur d'une demande écrite du participant à cet effet;
- e) après la période de 24 mois prévue à la section MAINTIEN DE L'ASSURANCE, dans le cas d'un participant qui ne retourne pas aux études à l'expiration de cette période maximale de 24 mois.

PRIMES

PAIEMENT DE LA PRIME

Pour tout montant d'assurance vie et protection du revenu, un participant peut voir tout montant excédant la protection disponible sans preuve d'assurabilité offert par la police collective lui être refusé ou accepté au taux de prime régulier avec toutefois certaines restrictions quant aux maladies particulières relativement à cet excédent.

REMBOURSEMENT DE LA PRIME

Lorsque l'assurance d'un participant ou des personnes à charge prend fin, la prime du mois au cours duquel l'assurance prend fin est payable. L'excédent, s'il y a lieu, est remboursé au participant.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si un participant, lorsqu'il est couvert par la police collective, est atteint d'invalidité totale avant son 60^e anniversaire de naissance et que cette invalidité se continue pendant une période d'au moins 3 mois consécutifs, la protection en vigueur au début de l'invalidité pour chacune des garanties alors détenues par le participant est maintenue en vigueur sans paiement de primes

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

à compter du début de la période précitée et jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- a) la date à laquelle prend fin l'invalidité totale du participant;
- b) la date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans;
- c) pour la garantie Assurance maladie complémentaire, la date à laquelle prend fin la police collective.

Les montants de protection exonérés de primes demeurent cependant sujets aux réductions d'âge prévues à la police collective.

L'administrateur convient de rembourser au participant ayant acquis le bénéfice d'exonération des primes en raison de son invalidité totale les primes déjà perçues pour la période postérieure à la date à laquelle le droit au bénéfice d'exonération des primes est acquis, à condition que l'invalidité totale se poursuive.

Pour que le droit à l'exonération des primes soit reconnu, les preuves d'invalidité doivent être fournies à l'assureur dans les 9 mois suivant le commencement de la période d'invalidité totale. Le participant exonéré de primes doit soumettre des preuves de continuation de son invalidité dans les 31 jours d'une demande de l'assureur à cet effet, faute de quoi l'exonération prend fin à la date de la demande de l'assureur.

PRESTATIONS

PREUVES ET PAIEMENT

Toute demande de prestations doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur et produite par écrit au siège social de l'assureur dans le délai prévu pour la garantie concernée sans quoi elle n'engage pas l'assureur.

Toutes les prestations sont payables en monnaie légale du Canada au participant lui-même ou, dans le cas d'un montant d'assurance payable au décès du participant, au bénéficiaire désigné par lui. Toutefois, lorsque la demande de prestations porte sur un compte non acquitté de frais couverts par une garantie d'assurance maladie, les prestations peuvent, au gré de l'assureur,

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

être versées au fournisseur des services qui font l'objet de la demande de prestations.

Pour avoir droit à des prestations en vertu de la police collective, le participant autorise d'avance tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, institution ou autre organisme, pour lui-même et comme agent de ses personnes à charge, à transmettre à l'assureur ou à ses représentants toute information, rapport ou document qu'ils peuvent requérir.

Le participant autorise l'assureur à correspondre directement avec tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, institution ou autre organisme pour obtenir tout renseignement utile au règlement des demandes de prestations et dégage les personnes concernées de toute responsabilité légale pouvant découler de la divulgation de tels renseignements.

Le participant autorise l'assureur à utiliser, pour fins administratives, tout renseignement fourni par lui ou par ses personnes à charge.

Le participant convient de fournir lui-même ou de faire fournir à ses frais à l'assureur les preuves nécessaires à l'établissement de son droit à des prestations ainsi que les documents et renseignements dont il est question aux deux paragraphes précédents.

Le participant accepte de fournir à l'assureur la possibilité de faire examiner la personne dont la blessure ou la maladie fait l'objet d'une demande de prestations ou d'exonération de prime par un médecin choisi et rémunéré par l'assureur, aussi souvent que ce dernier peut raisonnablement l'exiger pendant la durée de l'invalidité ou pendant que la demande de prestations est en voie de règlement.

OPTIONS DE RÈGLEMENT

Le paiement en un seul versement de toute somme due en vertu d'une ou de plusieurs garanties d'assurance vie de la police collective peut, à la demande du participant ou du bénéficiaire, être remplacé par une option de règlement convenant à la fois au participant ou au bénéficiaire et à l'assureur, telle qu'un dépôt à intérêts, les annuités certaines, la rente viagère immédiate ou différée.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

HEURE DE PRISE D'EFFET

Partout où il est fait mention d'une date en rapport avec la protection d'une personne assurée, ladite date court à partir de 0h01, heure en vigueur au lieu de résidence de la personne assurée.

DÉLAI POUR PRENDRE ACTION

Aucune mise en demeure ni aucune action ne peut être entreprise contre l'assureur pour recouvrer des prestations en vertu de la police collective avant qu'un délai de 30 jours à compter du dépôt des preuves requises par l'assureur ne soit écoulé ni plus de 3 ans à compter du moment où le droit d'action prend naissance.

BÉNÉFICIAIRE

- a) Pour tout montant d'assurance payable à son décès, le participant peut, sous réserve des dispositions de la loi, désigner un bénéficiaire ou changer en tout temps un bénéficiaire déjà désigné, par une déclaration déposée au siège social de l'assureur ou de l'administrateur;
- b) À la date d'entrée en vigueur de la police collective ou de la protection du participant si celle-ci est ultérieure, le bénéficiaire est «les exécuteurs ou administrateurs de la succession du participant ou ses ayants-droit», à moins que le participant ne fasse parvenir au siège social de l'assureur ou de l'administrateur une déclaration écrite de désignation de bénéficiaire. Toute désignation ou tout changement de bénéficiaire entre en vigueur à compter de la date de réception, au siège social de l'assureur ou de l'administrateur, de la déclaration écrite du participant;
- c) Si, au moment du décès du participant, il n'y a pas de bénéficiaire désigné, les prestations sont payables aux exécuteurs ou administrateurs de la succession du participant ou à ses ayants-droit. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, ils partagent à parts égales les prestations;
- d) Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant le participant retournent au participant.

CONDITIONS GÉNÉRALES (suite)

EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES

Sous réserve des dispositions de la loi, aucune garantie ne s'applique à une personne assurée pour une perte subie ou des frais engagés :

- a) lors d'une perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel par la personne assurée;
- b) lors de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
- c) qui résultent directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile, qu'elle soit déclarée ou non;
- d) lorsque la personne assurée s'est engagée comme membre actif des forces armées de n'importe quel pays et pour la durée de tel engagement.

DISPOSITIONS APPLICABLES AUX GARANTIES ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET SOINS DENTAIRE

- a) Toute demande de prestations doit être présentée par le participant sur un compte acquitté, à moins qu'il ne soit spécifié autrement dans le texte de la garantie concernée.
- b) Lorsque la demande de prestations porte sur un compte non acquitté, elle doit être présentée sur les formulaires fournis à ces fins par l'assureur et porter la signature de la personne qui a fourni les services.
- c) Toute demande de prestations doit être présentée dans les 180 jours de tout événement sujet à l'application des garanties Assurance maladie complémentaire, sans quoi elle n'engage pas l'assureur. Si l'événement sujet à l'application de ces garanties produit ses effets sur une période supérieure à 180 jours, une nouvelle demande de prestations doit être produite pour chaque période de 180 jours.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Lorsqu'un participant ou l'une de ses personnes à charge engage certains des frais décrits plus bas, l'assureur paie en fonction de l'option choisie par le participant après déduction de la franchise et selon les maximums et périodes indiqués au Tableau sommaire.

FRANCHISE

La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile sur l'ensemble des frais couverts engagés par le participant et ses personnes à charge. Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une même année civile et qui ont été utilisés pour satisfaire en totalité ou en partie la franchise réduisent d'autant la franchise de l'année suivante.

Le montant de la franchise exigible est indiqué au Tableau sommaire.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou consultations rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou de son titre ou, à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Sauf si spécifiquement prévu à la garantie, seuls les honoraires du professionnel concerné sont couverts. Un seul traitement par jour est couvert pour le même patient.

ASSISTANCE HORS DE LA PROVINCE EN CAS D'URGENCE

Les services décrits ci-après seront fournis s'ils sont liés à une urgence médicale ou à une urgence personnelle survenue alors que la personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence, à condition que :

- a) la personne assurée soit couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence;
- b) l'urgence survienne au cours des premiers 180 jours de l'absence de la personne assurée de sa province de résidence;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- c) l'absence de la personne assurée soit en raison d'un voyage privé ou professionnel; et
- d) en cas d'urgence médicale, l'urgence soit couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire.

Toute personne assurée prévoyant quitter sa province de résidence pour un séjour de plus de 180 jours devra contacter l'administrateur du régime afin de s'informer des options possibles.

Le participant devra préciser à l'assureur la date de départ, la date de retour, le lieu du séjour, la nature des activités, l'acceptation de couverture auprès de la Régie de l'Assurance maladie du Québec ainsi que la présence de personnes à charge au cours du séjour.

Les services seront fournis par le fournisseur de services d'assistance médicale de l'assureur. La personne assurée est tenue de contacter le fournisseur de services d'assistance médicale pour faire la demande de services en cas d'urgence.

Les frais couverts en vertu de la présente garantie sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Tous les montants mentionnés à la présente garantie et toutes les prestations payables le sont en monnaie légale du Canada.

DÉFINITION

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Membre de la famille immédiate : Le conjoint, le père, la mère, un enfant, un frère ou une sœur de la personne assurée.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

Les services médicaux suivants sont disponibles en cas d'urgence :

- a) Accès à un service téléphonique jour et nuit
- Le fournisseur de services d'assistance médicale donne accès, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit et ce, 365 jours par année, à un service téléphonique où un personnel multilingue permettra de mettre la personne assurée en contact avec un réseau de spécialistes pouvant s'occuper de l'urgence.

b) Soins médicaux

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Si la personne assurée n'est pas en mesure de localiser un médecin ou un hôpital, diriger cette personne vers un médecin ou un hôpital approprié.
- Organiser des consultations avec des médecins généralistes ou des spécialistes afin d'obtenir les meilleurs soins médicaux disponibles dans la région, à la demande de la personne assurée.
- Aider à l'admission dans un hôpital.
- Confirmer, aux médecins et aux hôpitaux, que l'assurance collective de la personne assurée couvrira les frais médicaux de la personne assurée.

c) Transport médical

Le fournisseur de services d'assistance médicale a les responsabilités suivantes :

- Organiser et payer le transport ou le transfert de la personne assurée à un hôpital par tout moyen approprié recommandé par le médecin traitant, ceci en accord avec le fournisseur de services d'assistance médicale.
- Organiser et payer le rapatriement de la personne assurée à son domicile ou jusqu'à un hôpital près de son domicile après le traitement initial, par tout moyen de transport adéquat et à la condition

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

que son état de santé le nécessite et le permette. Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et contrôle le rapatriement par le mode de transport le plus approprié : avion-ambulance, hélicoptère, avion de ligne commerciale, train ou ambulance.

- d) Paiement des dépenses médicales et avance de fonds
- Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les arrangements nécessaires au paiement des dépenses médicales couvertes en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la présente garantie.
 - Si cela s'avère nécessaire pour que la personne assurée reçoive des soins médicaux, le fournisseur de services d'assistance médicale avance des fonds, après accord préalable de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, en monnaie légale du Canada.
- e) Rapatriement de la dépouille mortelle
- À la suite du décès de la personne assurée, le fournisseur de services d'assistance médicale s'occupe des formalités à accomplir et du paiement de tous les frais liés au transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans sa province de résidence, jusqu'à concurrence de 3 000 \$. Les frais d'obsèques ne sont pas payés.
- f) Retour des enfants à charge
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement des enfants de la personne assurée qui ont moins de 16 ans et sont privés de surveillance en raison de l'hospitalisation de la personne assurée. De plus, le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touriste des enfants accompagnés, au besoin, à leur lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- g) Retour d'une personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate de la personne assurée
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise le rapatriement de la personne assurée ou de tout membre de la famille immédiate de la personne assurée ayant perdu l'usage de son billet d'avion en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée. Le fournisseur de services d'assistance médicale prend les dispositions nécessaires pour organiser et régler le transport en classe touristique de la personne assurée ou d'un membre de la famille immédiate à son lieu de résidence habituel. Si les billets de voyage de retour ne sont pas périmés, seul le supplément du billet de retour est pris en charge, déduction faite de la valeur des billets.
- h) Visite d'un membre de la famille immédiate
- Le fournisseur de services d'assistance médicale organise et règle le transport aller-retour en classe touristique d'un membre de la famille immédiate à des fins de visite si la personne assurée est hospitalisée pour une durée minimum de 7 jours consécutifs et si ladite visite est bénéfique à la personne assurée, d'après l'avis du médecin traitant.
- i) Frais de subsistance pour le logement et les repas
- Si le retour est reporté à la suite de l'hospitalisation d'une personne assurée pour une durée de plus de 24 heures, ou en raison de son décès, les frais de subsistance engagés, en raison de ce délai, par elle, par un membre de la famille immédiate l'accompagnant ou par un membre de la famille immédiate lors d'une visite, dans les circonstances définies au paragraphe ci-dessus (*Visite d'un membre de la famille immédiate*), sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum quotidien de 150 \$ par personne et d'un remboursement global de 1 500 \$.

Le fournisseur de services d'assistance médicale rembourse les frais liés au logement et aux repas sur réception de reçus explicatifs.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- j) Retour du véhicule
- Le fournisseur de services d'assistance médicale verse une allocation maximale de 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la personne assurée, qu'il soit privé ou loué, à la résidence de la personne assurée ou à l'agence de location appropriée la plus proche.
- k) Médicaments en cas d'urgence
- Lorsque la personne assurée ne peut trouver sur place un médicament indispensable à la poursuite d'un traitement en cours, le service d'assistance médicale effectue les démarches nécessaires à la recherche et à l'envoi de ces médicaments. Le coût du médicament devra être défrayé par la personne assurée à moins qu'il ne soit couvert en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire.

SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE EN CAS D'URGENCE PERSONNELLE

Les services suivants sont fournis lors d'une situation d'urgence personnelle :

- a) Service téléphonique de traduction
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale met à la disposition de la personne assurée des services d'interprète pour les appels téléphoniques dans la plupart des langues étrangères.
- b) Service de transmission et de garde de messages
- En cas d'urgence, le fournisseur de services d'assistance médicale transmet, sur demande, un message de la personne assurée à son domicile, à son bureau ou ailleurs, ou conserve pendant 15 jours les messages qui sont destinés à la personne assurée ou aux membres de sa famille immédiate.
- c) Assistance juridique
- En cas d'urgence de cet ordre, le fournisseur de services d'assistance médicale assiste la personne assurée afin d'obtenir de l'aide juridique locale au besoin et l'aide également à obtenir une avance

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

de fonds en espèces sur ses cartes de crédit ou par l'entremise de sa famille et de ses amis afin d'acquitter les frais de contentieux et de cautionnement.

d) Information-voyage

- Le fournisseur de services d'assistance médicale transmet avant, pendant et après le voyage de la personne assurée, de l'information relative au transport, aux vaccinations et aux précautions à prendre.

e) Perte de bagages ou de documents

- Si la personne assurée égare ou se fait voler ses bagages ou documents de voyage, le fournisseur de services d'assistance médicale aide la personne assurée à contacter les autorités compétentes.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE ENGAGÉS HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais pour les services et l'équipement énumérés dans la présente garantie seront couverts à condition que les services et l'équipement aient été fournis avant le retour de la personne assurée dans sa province de résidence afin de ne pas nuire à sa santé.

Si la personne assurée doit être hospitalisée à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence médicale, la personne assurée est tenue de communiquer avec le service d'assistance médicale désigné par l'assureur aussitôt que la personne assurée est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation. Le manquement à remplir cette condition peut mener au refus de l'assureur de prendre en charge la demande de règlement de la personne assurée ou à la limitation de la demande de règlement résultant de l'urgence médicale.

De plus, si, lors d'une urgence médicale, l'assureur est d'avis que la personne assurée peut être rapatriée dans sa province de résidence sans nuire à sa santé et que la personne assurée refuse d'être rapatriée, l'assureur ne remboursera par la suite aucuns frais engagés par la personne assurée en raison de l'urgence médicale.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Aucun remboursement n'est prévu dans la présente garantie pour les frais engagés en raison d'un état de santé dont la personne assurée connaissait la précarité et savait qu'il n'était pas sous contrôle au début de son absence de sa province de résidence.

Les services et les équipements suivants reçus en raison d'une urgence médicale seront couverts :

- a) Les soins reçus d'un médecin;
- b) L'hébergement dans un hôpital tel que prévu à l'article Chambre d'hôpital au Canada;
- c) Les services de nature médicale, les équipements et les appareils fournis lors d'une hospitalisation;
- d) Le diagnostic, les radiographies et les services de laboratoire;
- e) Les services paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation;
- f) Les fournitures et les services fournis en clinique externe;
- g) Les médicaments;
- h) Les fournitures et les appareils médicaux fournis hors de l'hôpital;
- i) Le transport professionnel en ambulance de la personne assurée vers l'hôpital le plus proche qui possède l'équipement nécessaire afin de fournir le traitement médical requis.

Pour les services paramédicaux, les médicaments et les appareils médicaux, seuls ceux qui auraient été couverts dans la province de résidence de la personne assurée le seront s'ils ont été fournis à l'extérieur de la province de résidence en raison d'une urgence médicale.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

La présente garantie ne couvre pas les frais :

- a) payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui habituellement l'auraient été si une demande de règlement avait été présentée;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- b) pour une blessure ou une maladie résultant de toute tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) pour une blessure ou une maladie résultant d'une agitation civile, d'une insurrection ou d'une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) pour une blessure ou une maladie résultant de la perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression;
- e) pour tout traitement ou appareil visant à corriger la dimension verticale, ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- f) pour tous les soins ou traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif et qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique, ou un traitement de nature expérimentale;
- g) pour tous les soins ou traitements inscrits dans le cadre d'un programme de recherche et de développement de produit dont l'usage n'est pas recommandé par le fabricant ou n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- h) pour tous les soins ou traitements pour une blessure ou une maladie qui ne sont pas reconnus d'usage courant, usuel et coutumier pour une telle blessure ou maladie;
- i) pour la partie des frais en excédent des frais raisonnables et courants normalement engagés dans la région où les soins sont donnés, pour une maladie de même nature et de gravité équivalente;
- j) pour les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou ceux qui ne sont pas à la charge de la personne assurée;
- k) pour tout voyage de santé ou cure de repos;
- l) pour l'examen des yeux, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- m) pour les lunettes et les lentilles cornéennes, sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- n) pour tous les soins ou traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité;
- o) pour l'achat ou la location de tout appareil de confort, de massage et d'accessoires domestiques qui ne sont pas requis exclusivement pour un usage médical;
- p) pour l'achat de services ou de fournitures ayant pour seul objet de faciliter la participation de la personne assurée dans des sports ou des activités de loisirs, et non pour des activités quotidiennes;
- q) pour tous les soins et traitements (y compris la lutte contre la dépendance) pour des états tels que l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme, sans toutefois s'y limiter;
- r) pour les vaccins de nature préventive et l'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables;
- s) pour les contraceptifs (autres qu'oraux), sauf s'il est fait mention que ces frais sont couverts en vertu de la présente garantie;
- t) pour les produits suivants, sauf s'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin et sont délivrés par un pharmacien licencié :
 - produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
 - protéines ou suppléments diététiques, acides aminés;
 - aliments pour bébés;
 - rince-bouches, pansements et pastilles;
 - shampoings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
 - substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - stéroïdes anabolisants;
- u) pour toute contribution au paiement du coût des services pharmaceutiques et des médicaments que doit assumer la personne assurée en vertu de tout régime provincial d'assurance médicaments;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- v) pour les médicaments visant à améliorer la qualité de vie, tels que les médicaments liés aux problèmes de dysfonction érectile, d'infertilité, de perte des cheveux ou de manque de croissance, sans toutefois s'y limiter;
- w) pour les médicaments sur ordonnance dispensés par une clinique ou une pharmacie non accréditée d'un hôpital ou pour les traitements ambulatoires, y compris les médicaments dits d'urgence ou de recherche;
- x) pour les soins ou traitements reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une situation d'urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32^e semaine de grossesse ou (ii) au déclenchement volontaire d'un avortement.

Le montant de la prestation est diminué de toute prestation payable ou remboursable (i) en vertu d'un régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui habituellement l'aurait été si une demande de règlement avait été soumise en vertu d'un tel régime ou (ii) par une tierce partie en raison d'une poursuite ou d'un règlement.

RESPONSABILITÉ

Le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur sont dégagés de toute responsabilité quant aux retards ou aux empêchements à fournir l'assistance médicale dans les cas suivants : grève, guerre civile ou étrangère, invasion, intervention de puissances ennemies, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), rébellion, insurrection, acte de terrorisme, opération militaire ou coup d'État, émeute ou mouvement populaire, retombées radioactives ou tout autre cas de force majeure.

Les médecins, hôpitaux, cliniques, avocats et autres praticiens ou établissements autorisés à qui le fournisseur de services d'assistance médicale réfère des personnes assurées sont des entrepreneurs indépendants et de ce fait ils agissent pour leur propre compte, plutôt qu'en qualité d'employés, d'agents ou de subordonnés du fournisseur de services d'assistance médicale ou de l'assureur.

En outre, le fournisseur de services d'assistance médicale et l'assureur déclinent toute responsabilité à l'égard d'actes professionnels ou de carences

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

imputables à des médecins, hôpitaux, cliniques, avocats ou autres praticiens ou établissements autorisés vers lesquels le fournisseur de services d'assistance médicale dirige la personne assurée.

REMBOURSEMENT

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que le participant soumet ces frais à l'assureur sous forme de dépenses couvertes en vertu de la garantie Assurance maladie complémentaire à une date ultérieure, l'assureur ne rembourse au participant qu'un montant, moindre que celui ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou remboursé pour ces dépenses, sous réserve de la franchise et du niveau de remboursement applicable aux dites dépenses.

Si une avance de fonds est fournie pour couvrir des frais engagés ou défrayés et que (i) ces frais ne constituent pas une dépense couverte en vertu de l'article Frais médicaux d'urgence engagés hors de la province de résidence de la garantie Assurance maladie complémentaire ou que (ii) le montant ayant fait l'objet d'une avance de fonds ou qui a été remboursé est en excédent de la responsabilité de l'assureur en vertu de la présente police, le participant est responsable de rembourser, à l'assureur, le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, selon le cas, dans les 90 jours de son retour dans sa province de résidence. À défaut de rembourser le montant de l'avance de fonds ou le montant en excédent, l'assureur se réserve le droit de réduire de futures demandes de règlement pour frais médicaux ou autres demandes de règlement faites par le participant ou ses personnes à charge en vertu de la police collective en fonction du montant dû.

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'assureur s'engage à rembourser les frais admissibles décrits ci-après, engagés alors que la personne assurée était couverte par la présente garantie et découlant de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et la police collective.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Les frais sont couverts uniquement si la personne assurée, au moment de finaliser les arrangements de voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Réunion d'affaires privée : Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre du travail à temps plein de la personne assurée, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure une convention, un congrès, une assemblée, une foire, une exposition, un séminaire ou une réunion du conseil d'administration.

Hôte à destination : Une personne qui héberge la personne assurée à sa résidence.

Membre de la famille : Le conjoint, l'enfant, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le grand-père, la grand-mère, le petit-enfant, le demi-frère, la demi-sœur, le beau-frère, la belle-sœur, l'oncle, la tante, le neveu et la nièce de la personne assurée.

Compagnon de voyage : Une personne qui partage des arrangements financiers de voyage avec la personne assurée, jusqu'à un maximum de 4 personnes, incluant la personne assurée.

Pays de destination : Le pays où se rend la personne assurée.

Transporteur : Un avion, un autobus ou un train public.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

RISQUES ASSURÉS

L'annulation ou l'interruption du voyage doit résulter de l'une des causes suivantes :

- a) La maladie, la blessure ou le décès de la personne assurée, d'un membre de sa famille, d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage;
- b) La maladie, la blessure ou le décès d'un associé d'affaires ou de l'hôte à destination de la personne assurée;
- c) La maladie, la blessure ou le décès d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;
- d) Le décès d'une personne dont la personne assurée est l'exécuteur testamentaire;
- e) La convocation de la personne assurée à titre de membre d'un jury ou de témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage, sauf si la personne assurée est un officier responsable de l'application de la loi;
- f) La mise en quarantaine de la personne assurée;
- g) Le détournement d'un transporteur à bord duquel la personne assurée voyage;
- h) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée;
- i) L'annulation d'une réunion d'affaires à la suite d'une maladie, d'une blessure ou du décès de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires avaient été pris au préalable (une preuve écrite des arrangements est requise);
- j) Une recommandation du gouvernement du Canada incitant ses citoyens à ne pas voyager à l'intérieur du pays de destination, si cette recommandation a été émise après que la personne assurée ait pris les engagements relatifs à son voyage;
- k) La mutation de la personne assurée exigée par son employeur, qui nécessite le déménagement de la personne assurée à plus de

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

100 kilomètres de son domicile actuel, dans les 30 jours précédant la date du départ.

- l) L'absence de la correspondance prévue ou un départ retardé en raison (i) d'un délai du transporteur responsable de s'assurer de la correspondance à condition que le retard soit causé par des conditions atmosphériques ou une défaillance mécanique ou (ii) d'un accident de la circulation mettant en cause l'automobile privée ou louée de la personne assurée ou le taxi dans lequel elle circulait.

FRAIS COUVERTS

Les frais suivants sont couverts :

- a) En cas d'annulation avant le départ :
- i) La portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance;
 - ii) Les frais supplémentaires engagés pour des tarifs d'occupation plus élevés en milieu hôtelier par la personne assurée qui décide de poursuivre son voyage lorsqu'un compagnon de voyage doit annuler en raison de l'un des risques assurés. Les frais supplémentaires seront remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation de l'hôtel applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- b) Si le retour est anticipé ou retardé :
- i) Le coût supplémentaire d'un billet de retour simple le plus économique jusqu'au point de départ;
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais des autres arrangements de voyage payés à l'avance;
 - iii) Les frais de subsistance pour le logement et les repas dans un établissement commercial lorsqu'une personne assurée doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement quotidien maximal de 150 \$ par personne assu-

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

rée et d'un remboursement global maximal de 1 500 \$ pour le participant et ses personnes à charge.

Si la personne assurée possède une couverture identique sous une autre garantie de la présente police, la somme maximale payable en vertu de la présente police ne peut en aucun cas excéder la somme maximale indiquée dans la présente garantie.

- c) Départ retardé ou correspondance manquée :
- i) Le coût supplémentaire d'un billet simple le plus économique exigé par un transporteur jusqu'à la destination prévue, lorsqu'une correspondance ou un départ sont manqués en raison d'un des risques assurés.

Pour que la garantie s'applique, la personne assurée doit avoir prévu arriver au point de départ au moins 2 heures avant l'heure prévue du départ.
 - ii) La portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés à l'avance, si les conditions atmosphériques empêchent la personne assurée d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur pendant une période représentant une interruption d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage, et que la personne assurée décide de ne pas poursuivre son voyage.

EXCLUSIONS

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie, si l'annulation ou l'interruption du voyage résulte de l'une des causes suivantes :

- a) L'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de drogue;
- b) Le suicide ou la tentative de suicide ou toute blessure que la personne assurée s'inflige volontairement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- c) La perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel ou la provocation d'une agression;
- d) Une agitation civile, une insurrection ou une guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou la participation à une émeute;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- e) Une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou des complications en résultant et se produisant dans les 2 mois précédant la date prévue de l'accouchement;
- f) Une blessure ou une maladie survenue lors de la participation à un événement sportif professionnel ou à tout genre de compétition de véhicules motorisés ou d'épreuves de vitesse, ou à des activités dangereuses tels le vol plané ou à voile, l'alpinisme, le parachutisme, le saut à l'élastique, ou toute autre activité dangereuse;
- g) Une blessure ou une maladie résultant du service dans les forces armées.

Aucune somme n'est payable en vertu de la présente garantie si :

- a) Le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des soins médicaux, paramédicaux ou des services hospitaliers;
- b) Le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de la modification de la date prévue du retour de la personne assurée;
- c) Le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi une blessure, et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne constitue la cause de l'annulation du voyage de la personne assurée.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

- a) Lorsqu'un événement mentionné à l'article Risques assurés survient avant la date du départ, la personne assurée doit contacter l'agence de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler son voyage et en aviser l'assureur dans le même délai.
- b) Pour appuyer une demande de prestations, la personne assurée doit fournir l'une ou plusieurs des pièces justificatives suivantes, selon le cas :
 - i) Les originaux des billets de transport non utilisés;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- ii) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- iii) Les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire de voyage ou d'une compagnie accréditée et faire mention des montants non remboursables en cas d'annulation;
- iv) Un document officiel attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical délivré par le médecin traitant dûment qualifié et exerçant dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue et la surveillance médicale doit avoir commencé avant la date prévue de départ ou de retour du voyage de la personne assurée, selon le cas, ou le jour même. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité d'annuler, de retarder ou d'interrompre le voyage;
- v) Un rapport de police en cas d'accident de la route.

ASSURANCE-MÉDICAMENTS

Sont couverts les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance seulement, porteurs d'un DIN (*Drug Identification Number*) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits au fichier de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires), édition courante, et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant.

Les médicaments visant le traitement de l'obésité (*Sanorex, Ionamin, Tenuate Dospan, Meridia et Xénical*) sont remboursés à la condition d'obtenir la recommandation du médecin traitant, la taille, le poids et l'indice de masse corporelle

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

de la personne assurée ainsi que le diagnostic d'une maladie spécifique à l'obésité de cette personne.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical. Sont également couverts par la présente garantie les stérilets prescrits par un médecin.

La présente garantie ne couvre pas les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :

- a) produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux;
- b) substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- c) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- d) produits homéopathiques ou dits naturels;
- e) auxiliaires anti-tabagisme, sauf ceux spécifiquement couverts par le Régime général d'assurance-médicaments;
- f) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;
- g) écrans solaires;
- h) médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- i) hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le Régime général d'assurance-médicaments sur la base de critères d'inclusion prédéterminés;
- j) injections sclérosantes pour les personnes assurées de 65 ans et plus;
- k) médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
- l) médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Ces exclusions s'appliquent sans avoir pour effet d'exclure un médicament ou un service pharmaceutique couvert par le Régime général d'assurance-médicaments.

La contribution du patient exigée pour une personne assurée couverte en vertu du Régime général d'assurance-médicaments par la Régie d'assurance maladie du Québec n'est pas couverte par la présente garantie.

Chambre d'hôpital au Canada

Coût quotidien de la chambre privée ou semi-privée en excédent des frais hospitaliers en salle ordinaire, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre privée lorsqu'une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada et y reçoit effectivement un traitement curatif ou des soins relatifs à une grossesse, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Injections sclérosantes (pour les personnes assurées de moins de 65 ans)

Substance injectée, fournie et administrée par un médecin pour le traitement des varices à des fins curatives mais non esthétiques, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire. L'acte médical n'est pas couvert.

Physiothérapie

Les soins d'un physiothérapeute ou d'un technicien en réadaptation physique sous la surveillance d'un physiothérapeute reconnu ou d'un physiatre.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Psychiatre, psychanalyste, psychologue, psychothérapeute, orthophoniste, audiologiste, ergothérapeute, ostéopathe et podiatre

Les frais d'honoraires paramédicaux sont couverts jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Les frais d'honoraires paramédicaux d'un psychiatre, d'un psychanalyste, d'un psychologue, d'un physiothérapeute, d'un ostéopathe et d'un podiatre ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Soins infirmiers

Les soins privés prodigués à la personne assurée à l'extérieur de l'hôpital par un infirmier licencié ou un infirmier auxiliaire licencié, qui n'est pas parent avec elle ni ne réside ordinairement dans la même maison et dont la nécessité des soins est justifiée à la satisfaction de l'assureur, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Chirurgien dentiste suite à un accident aux dents naturelles

Soins dentaires prescrits ou non par un médecin, pour lésions accidentelles aux dents naturelles survenues alors que la personne assurée est couverte par la présente garantie, à la condition que les soins soient reçus dans les 12 mois suivant la date de l'accident et soient rendus alors que la présente garantie est en vigueur.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Maison de convalescence

Coût quotidien pour chambre et pension lors d'un séjour, consécutif à une hospitalisation, dans une maison de convalescence située au Canada, détenant un permis d'opération émis par les autorités légales et sous la surveillance 24 heures par jour d'un médecin ou d'un infirmier licencié. Pour s'assurer que les frais soient admissibles à un remboursement, il est recommandé d'obtenir l'autorisation préalable de l'assureur.

Les frais quotidiens sont admissibles jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Cure pour alcoolisme et toxicomanie

Lorsqu'une personne assurée est admise dans une clinique reconnue, spécialisée en réhabilitation pour alcooliques ou autres toxicomanes, et y

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

reçoit effectivement un traitement curatif, l'assureur paie les frais engagés pour la chambre et la pension.

Les frais couverts sont ceux engagés dans une clinique où le traitement est sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Ambulance

Les frais de transport en ambulance d'une personne assurée en direction ou en provenance d'un hôpital, par un ambulancier licencié, y compris les traitements d'oxygénothérapie reçus durant ou immédiatement avant le transport.

Ces frais ne nécessitent pas de recommandation médicale.

Le transport par avion ou par train est également couvert, lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen, si la personne assurée est alitée et occupe l'équivalent de deux sièges.

Radiographies et analyses de laboratoire

Les frais d'électrocardiogrammes, radiographies et analyses de laboratoire engagés à l'extérieur d'un hôpital. La résonance magnétique et la tomodensitométrie (*scan*), lorsque prescrits par un médecin, sont admissibles une fois par année civile (pour chacun de ces soins).

Frais de location

Les frais de location de béquilles, de fauteuil roulant, d'appareils d'assistance respiratoire et de lit d'hôpital régulier pour combler un besoin temporaire seulement.

Prothèses

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement et de réparation de prothèses externes et de membres artificiels lorsque l'invalidité causant la perte du membre naturel (amputation) est survenue alors que l'assurance était en vigueur. Les prothèses dentaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes sont exclus à moins d'être spécifiquement couverts par la présente garantie.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Les frais sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Appareils orthopédiques

(Orthèses, bandages herniaires, corsets, attelles, béquilles, plâtres, articles pour grands brûlés, à l'exclusion des chaussures orthopédiques)

Achat, ajustement, remplacement ou réparation. Les orthèses du pied doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé en orthèse du pied détenteur d'un permis émis par les autorités légales et les frais couverts sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

Lunettes et lentilles cornéennes

Les frais d'achat de lunettes et lentilles cornéennes à la suite d'une opération de la cataracte, pour les personnes assurées âgées de moins de 65 ans, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Appareils thérapeutiques

Location d'appareils thérapeutiques ou achat, si ce dernier mode est jugé plus économique par l'assureur. Les appareils de contrôle tels que réflectomètre, stéthoscope, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature sont exclus ainsi que les accessoires domestiques tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur, neurostimulateur transcutané ou autres appareils de même nature.

Les frais sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Prothèses mammaires

Les frais d'achat de prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie. Les frais sont combinés avec les *Appareils thérapeutiques* de la présente garantie et sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

Soutiens-gorge chirurgicaux

Les frais d'achat de soutiens-gorge chirurgicaux à la suite d'une mastectomie. Ces frais sont limités au maximum indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Appareils auditifs

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation de prothèses auditives obtenues auprès d'un audioprothésiste autorisé par la loi, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Réflexomètre

Les frais d'achat d'un appareil mesurant le taux de glucose sanguin, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Bas de contention

Achat de bas de contention à compression de 20 mm de HG ou plus, obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Chirurgie esthétique

Les frais de chirurgie esthétique suite à un accident survenu alors que la personne assurée était couverte en vertu de la présente garantie, à la condition que les traitements débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident et se terminent dans les 36 mois suivant cette date, et jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Chaussures orthopédiques

Achat, ajustement, remplacement ou réparation de chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage; ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaire au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont également couverts les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées.

Les chaussures profondes et les sandales ne sont pas couvertes par la présente garantie.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Prothèses capillaires

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire initiale devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Échographies

Les frais d'échographies effectuées à l'extérieur d'un hôpital, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

Neurostimulateur transcutané

Les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au Tableau sommaire.

EXCLUSIONS

- a) les frais effectivement payés en vertu d'une loi sociale, de toute loi concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, les soins ou les services rendus dans des cliniques municipales, provinciales ou fédérales ainsi que les frais engagés pour des fins esthétiques ou pour des maladies dont le traitement est habituellement à la charge d'organismes publics;
- b) les services, fournitures, examens ou soins qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement;
- c) les frais en rapport avec une insurrection, une émeute, une guerre ou avec des blessures que la personne assurée s'est volontairement infligées;
- d) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- e) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- f) la partie des frais excédant les frais raisonnables et coutumiers pour la région où ils ont été engagés;

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

- g) les frais engagés pour des soins infirmiers particuliers ou pour des traitements rendus par un professionnel de la santé qui est soit la personne assurée elle-même, soit une personne résidant au domicile de la personne assurée, soit un membre de la famille immédiate de la personne assurée;

Ces exclusions s'appliquent sans avoir pour effet d'exclure un médicament ou un service pharmaceutique couvert par les dispositions de la Loi sur l'assurance-médicaments.

DROIT DE TRANSFORMATION

Le droit de transformation permet au participant ou à ses personnes à charge d'obtenir, sans preuve d'assurabilité, par un contrat distinct, une protection d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection à condition d'en faire la demande écrite au siège social de l'assureur dans les 31 jours suivant l'un de ces événements :

- a) Le participant cesse d'être admissible à la présente assurance avant la terminaison de la police collective. Le droit de transformation peut alors être exercé par le participant pour lui-même et pour ses personnes à charge, s'il y a lieu;
- b) Une personne à charge cesse d'être une personne à charge au sens de la police collective;
- c) Le participant décède.

PROTECTIONS MULTIPLES

En aucun cas, l'assureur n'accorde, en tout, plus que les frais réellement engagés, lorsqu'une personne assurée est protégée par une ou plusieurs polices émises par l'assureur. Lorsque des frais font l'objet d'un remboursement en vertu de contrats émis par plusieurs compagnies d'assurance, le remboursement de l'assureur n'excède pas les frais engagés réduits des montants payables en vertu de l'ensemble des autres contrats d'assurance.

RÉGIME A – ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (suite)

Le participant déjà protégé par un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires peut s'exempter de participer au régime A par un avis écrit à cet effet transmis à l'administrateur.

RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT

Lors du décès du participant, l'assureur s'engage à payer le montant d'assurance vie alors en vigueur indiqué au Tableau sommaire, sous réserve des modalités et des conditions énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

DROIT DE TRANSFORMATION

Lorsqu'un participant cesse d'être admissible à la présente garantie du fait de la cessation de sa participation au présent régime ou de son appartenance au groupe, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de l'assureur dans les 31 jours suivant la terminaison de son assurance, de transformer, sans preuves d'assurabilité, la totalité ou une partie de son montant d'assurance vie en une police individuelle d'assurance de type «Vie entière» ou «Temporaire à 65 ans» dont la prime de première année d'assurance est égale à celle d'une assurance temporaire d'un an.

Si un participant meurt au cours de la période de 31 jours pendant laquelle il aurait pu exercer son droit de transformation, le montant d'assurance vie que le participant aurait ainsi été en droit de se faire établir est payable en vertu de la présente garantie, que la proposition pour la police individuelle ait été complétée ou non.

Le montant d'assurance vie transformée est égal ou inférieur au montant d'assurance vie que lui accorde la présente garantie réduit du montant d'assurance vie prévu dans un autre contrat collectif auquel le participant est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation; le montant d'assurance vie transformée ne peut excéder 200 000 \$.

La police individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération de primes et la prime en est calculée suivant les taux alors en vigueur d'après l'âge et le sexe du participant lors de la transformation, compte tenu de son occupation et de sa résidence. Lorsque le participant est déjà assujéti à une surprime en vertu de la présente garantie, l'assureur augmente la prime pour l'assurance individuelle d'une façon similaire. La première prime doit être reçue dans les 31 jours suivant la terminaison de l'assurance du participant et l'assurance individuelle entre en vigueur à la fin de cette période de 31 jours.

RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

Limitations

Lorsque la cessation de l'admissibilité à l'assurance est due à la terminaison ou à une modification de la police collective et que la police n'est pas remplacée, seul le participant ayant été protégé par la présente garantie pendant une période continue de 5 ans peut se prévaloir du droit de transformation en en faisant la demande au cours de la période de 31 jours qui suit la terminaison de la police collective. Si la police collective terminée est remplacée par une autre police dans un délai de 180 jours, les polices individuelles émises se terminent lorsque le participant devient admissible à la nouvelle police.

Le participant qui cesse d'être admissible à la présente garantie du fait qu'il s'engage dans les forces actives de l'armée de n'importe quel pays ne peut exercer le droit de transformation.

Le participant qui a déjà exercé le droit de transformation en vertu de la police collective peut transformer la différence entre le montant qu'il a droit de transformer en vertu de la présente garantie et le montant d'assurance vie individuelle provenant de tout exercice antérieur du droit de transformation.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

La présente garantie ne couvre aucune invalidité et ne verse aucune prestation due à un accident ou une maladie survenus avant la date d'entrée en vigueur de la protection accordée sans preuve d'assurabilité et ayant nécessité des traitements ou des soins médicaux au cours des 6 mois précédant cette date.

La présente disposition est sans effet lorsque le participant a été protégé par la présente garantie de façon continue et n'est pas devenu invalide par suite de ces causes pendant les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection.

RESTRICTION – SUICIDE

Si un participant se donne la mort, qu'il soit sain d'esprit ou non, alors qu'il est couvert depuis moins de 12 mois par la protection d'assurance vie ou la protection antérieure d'assurance vie qui a été remplacée par la présente,

RÉGIME B – ASSURANCE VIE DU PARTICIPANT (suite)

l'assureur rembourse les primes perçues pour ce participant relativement à la protection d'assurance vie en lieu et place du montant d'assurance vie.

Si un participant augmente son montant d'assurance vie, la période précitée de 12 mois court à nouveau à compter de la date à laquelle le montant additionnel d'assurance vie est mis en vigueur et ce, pour le montant additionnel seulement.

RÈGLEMENT PARTIEL ANTICIPÉ

Si un participant est invalide et que son espérance de vie est inférieure à 12 mois, il peut obtenir le versement d'une partie du montant d'assurance vie payable à son décès. La demande doit faire l'objet d'une acceptation par l'assureur. Pour ce faire, le participant doit remplir les conditions suivantes :

- a) avoir fait une demande écrite à cet effet à l'assureur;
- b) être exonéré de ses primes d'assurance vie;
- c) fournir des preuves démontrant que son espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de la demande; et,
- d) si le bénéficiaire de l'assurance est désigné comme irrévocable, obtenir le consentement du bénéficiaire de l'assurance.

Le paiement correspond à 50 % du montant d'assurance vie pour lequel le participant est couvert mais ne peut dépasser 50 000 \$. Le montant versé tient immédiatement compte de toute réduction de protection devant survenir au cours des 24 mois suivant la date de la demande.

Au décès du participant, le montant qui sera payable au bénéficiaire de l'assurance vie correspondra au montant d'assurance vie réduit du montant du paiement anticipé auquel on aura ajouté l'intérêt.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT

Advenant que le participant subisse une perte décrite au *Tableau des montants d'assurance* de la présente garantie, l'assureur s'engage à verser le pourcentage du capital assuré correspondant à la perte subie, sous réserve des conditions et des modalités énoncées dans la présente garantie et dans la police collective.

Le capital assuré en vertu de la présente garantie sera versé comme indiqué au Tableau sommaire.

Le paiement sera fait à l'ordre du participant, sauf dans le cas où le participant aurait perdu la vie. Dans un tel cas, le paiement sera fait à l'ordre du bénéficiaire du participant.

DÉFINITIONS

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

Perte :

- a) relative à une main ou à un pied, la séparation complète au niveau ou au-dessus du poignet ou de l'articulation de la cheville mais au-dessous du coude ou de l'articulation du genou;
- b) relative à un bras ou à une jambe, la séparation complète au niveau ou au-dessus du coude ou de l'articulation du genou;
- c) relative à un pouce, la perte complète d'une phalange complète du pouce;
- d) relative à un doigt, la perte complète de deux phalanges entières du doigt;
- e) relative à un orteil, la perte complète d'une phalange entière du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils;
- f) relative à un oeil, la perte irrémédiable et complète de la vue d'un oeil;
- g) relative à la parole, la perte irrémédiable et complète de la faculté de prononcer des sons intelligibles; et
- h) relative à l'ouïe, la perte irrémédiable et complète de l'ouïe.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Perte de l'usage : la perte totale et irrécouvrable de l'usage si la perte est continue pendant une période de 12 mois consécutifs et que ladite perte de l'usage est réputée être permanente à la fin de la période en question.

Quadriplégie : la paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs.

Paraplégie : la paralysie totale des membres inférieurs.

Hémiplégie : la paralysie totale des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

CONDITIONS

Des versements seront effectués dans les cas suivants :

- a) la perte résulte directement et uniquement d'un accident, sans égard à toute autre cause;
- b) la perte a été subie dans un délai de 365 jours suivant l'accident; et
- c) l'accident qui a occasionné la perte doit avoir eu lieu alors que le participant était couvert par la présente garantie.

TABLEAU DES MONTANTS D'ASSURANCE

<u>Type</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte	
– de la vie; des deux mains; des deux pieds; d'une main et d'un pied; de la vue des deux yeux; d'une main et de la vue d'un oeil; d'un pied et de la vue d'un oeil; de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied; de la vue d'un oeil; de la parole; de l'ouïe des deux oreilles	66 2/3 %
– du pouce et de l'index d'une main; de quatre doigts d'une main; de tous les orteils d'un pied	33 1/3 %
– de l'ouïe d'une oreille	25 %

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

<u>Type</u>	<u>Pourcentage du capital assuré</u>
• Perte de l'usage	
– des deux mains; des deux pieds	100 %
– d'un bras; d'une jambe	75 %
– d'une main; d'un pied	66 2/3 %
– quadriplégie, paraplégie, hémip légie	200 %

EXPOSITION ET DISPARITION

Si un participant est inévitablement exposé aux éléments en raison d'un accident couvert en vertu de la présente garantie, et si par suite d'une telle exposition, le participant subit une perte pour laquelle des prestations sont autrement payables dans la présente garantie, la perte en question sera payable en vertu de la présente garantie.

Si le corps d'un participant n'est pas retrouvé un an après l'accident qui a occasionné la disparition ou le naufrage du moyen de transport dans lequel le participant se déplaçait au moment de l'accident et qui est survenu dans des circonstances qui seraient autrement couvertes par la présente garantie, le participant sera réputé avoir subi une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables aux présentes, à moins de preuve du contraire.

RÉADAPTATION

Advenant que le participant subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire une demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de réadaptation, à condition que :

- a) La perte entraîne l'incapacité du participant d'accomplir en grande partie toutes les tâches essentielles de son travail;
- b) La perte exige que le participant entreprenne une formation spéciale afin de pouvoir exercer une profession différente dans laquelle il ne se serait pas engagé autrement;
- c) Le programme de réadaptation soit approuvé à l'avance par l'assureur;

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

- d) Les dépenses relatives au programme de réadaptation soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident ayant occasionné la perte en question;
- e) Les dépenses afférentes au programme de réadaptation soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Si des prestations de réadaptation sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

FORMATION PROFESSIONNELLE

Le conjoint d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées dans le cadre d'un programme de formation professionnelle, à condition que :

- a) Le programme de formation professionnelle permette au conjoint d'exercer un emploi effectif qu'il n'aurait pu exercer autrement avant d'entreprendre ledit programme;
- b) Le programme de formation soit approuvé à l'avance par l'assureur;
- c) Les dépenses afférentes au programme de formation professionnelle soient bel et bien engagées dans les 3 ans qui suivent la date de l'accident du participant;
- d) Les dépenses relatives au programme de formation professionnelle soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur. Les frais habituels de subsistance (par exemple, la pension), de déplacement et d'habillement ne sont pas remboursés.

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations payables par la garantie Éducation.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

ÉDUCATION

La personne à charge d'un participant qui a subi par suite d'un accident une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur pour couvrir les dépenses engagées pour la poursuite de ses études comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, à condition que :

- a) Au moment du décès du participant, la personne à charge soit inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, ou si elle est inscrite au niveau du secondaire au moment du décès du participant, qu'elle s'inscrive comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 jours qui suivent le décès du participant;
- b) Une preuve, à la satisfaction de l'assureur, selon laquelle la personne à charge est étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire, soit fournie à l'assureur sur demande.

Des prestations sont versées par l'assureur chaque année, pendant un maximum de 4 années consécutives. Le premier versement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations afférentes à la perte de la vie à l'égard du participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle la personne à charge est inscrite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire. Les prestations subséquentes sont versées pour chaque année scolaire successive à la date à laquelle l'assureur reçoit la preuve selon laquelle la personne à charge poursuit ses études à temps plein dans un établissement d'enseignement de niveau postsecondaire.

Le montant de chaque paiement équivaudra au moindre des montants suivants :

- a) Le montant réel des dépenses engagées par la personne à charge pour la poursuite de ses études; ou
- b) 5 000 \$.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Advenant que le conjoint reçoive des prestations en vertu des présentes, il n'est pas admissible aux prestations versées en vertu de la garantie Formation professionnelle.

TRANSPORT ET HÉBERGEMENT DE LA FAMILLE

Advenant l'hospitalisation d'un participant alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie et que cette hospitalisation résulte d'une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, pour couvrir les dépenses réelles relatives à l'hébergement et au transport engagées par les membres de sa famille immédiate lui rendant visite à condition que :

- a) Les dépenses d'hébergement et de transport soient occasionnées uniquement par la visite faite au participant;
- b) Le transport ait été effectué par le chemin le plus direct à destination de l'hôpital;
- c) L'hôpital soit situé à au moins 150 kilomètres du lieu de résidence habituel du participant;
- d) Le participant soit sous les soins réguliers d'un médecin ou d'un chirurgien autorisé, autre que lui-même;
- e) Le médecin traitant ou le chirurgien puisse confirmer que la visite effectuée par un membre de la famille soit salubre au participant;
- f) Les dépenses d'hébergement et de transport soient réputées être nécessaires et raisonnables par l'assureur.

Si le transport à l'hôpital s'effectue dans un véhicule ou un moyen de transport autre qu'un véhicule autorisé à transporter des passagers moyennant paiement, le remboursement des dépenses de transport est limité à un maximum de 0,20 \$ du kilomètre.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Soins réguliers** : observation et traitement dans la mesure nécessaire prescrite par les normes existantes de la médecine pour traiter l'état nécessitant ladite hospitalisation.
- ♦ **Famille immédiate** : une personne d'au moins 18 ans, dont la relation avec le participant en est une de conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, gendre, bru, beau-père, belle-mère, beau-frère ou belle-sœur.

Si des prestations de Transport et hébergement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

RAPATRIEMENT

Si un participant, pendant qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subit une perte de la vie par suite d'un accident alors qu'il est à l'extérieur de sa province de résidence, et que des prestations sont payables pour cette perte en vertu de la présente garantie, l'assureur remboursera les dépenses réelles engagées jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$ pour :

- a) la préparation de la dépouille mortelle du participant en vue du transport; et
- b) le transport de la dépouille mortelle du participant à son premier lieu de repos (y compris un salon funéraire sans toutefois s'y limiter) à proximité de son lieu de résidence habituel.

La personne ayant engagé les dépenses relatives à la préparation et au transport de la dépouille mortelle du participant est remboursée pourvu que ladite personne fournisse une preuve, à la satisfaction de l'assureur, qu'elle a bel et bien engagé lesdites dépenses.

Si des prestations de Rapatriement sont prévues en vertu de toute autre disposition de la police collective, elles doivent être versées en vertu d'une seule des dispositions.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

TRANSFORMATIONS DU DOMICILE ET DU VÉHICULE

Advenant qu'un participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et qu'en raison de cette perte le participant doive utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, le participant peut faire la demande de prestations supplémentaires par écrit auprès de l'assureur, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, pour couvrir les dépenses engagées à l'égard de ce qui suit :

- a) Le coût d'une seule série de transformations de la résidence principale du participant pour que ladite résidence soit adaptée de manière à être accessible et habitable en fauteuil roulant; et
- b) Le coût d'une seule série de transformations du véhicule à moteur utilisé par le participant de manière à ce qu'il soit accessible par fauteuil roulant ou que le participant puisse le conduire lui-même.

Les prestations sont payables pourvu que :

- a) Les dépenses afférentes aux transformations de la résidence du participant ou de son véhicule à moteur soient jugées raisonnables et nécessaires par l'assureur;
- b) Les dépenses soient engagées dans les 365 jours qui suivent l'accident ayant entraîné la perte;
- c) Les transformations du domicile soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient recommandées, par écrit, par un organisme reconnu qui fournit du soutien aux usagers de fauteuils roulants;
- d) Les transformations du véhicule à moteur soient effectuées par une ou par des personnes expérimentées dans ce genre de transformations et soient approuvées par les autorités provinciales en matière d'octroi de permis.

CEINTURE DE SÉCURITÉ

Advenant qu'un participant, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, subisse une perte pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie et que ladite perte survienne alors qu'il conduisait

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

un véhicule à moteur quelconque ou roulait à bord de ce véhicule, l'assureur paiera des prestations supplémentaires équivalentes à 10 % de son capital assuré, pourvu que :

- a) Le conducteur du véhicule à moteur ait conduit prudemment au moment de l'accident;
- b) Le participant ait correctement bouclé sa ceinture de sécurité au moment de l'accident. Une preuve, jugée satisfaisante par l'assureur, selon laquelle le participant portait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident, doit être soumise à l'assureur au moment de présenter la demande de règlement; et
- c) Le conducteur du véhicule à moteur ait possédé un permis de conduire en règle permettant au conducteur de conduire le genre de véhicule à moteur utilisé.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Véhicule à moteur** : un véhicule à moteur privé pour passagers.
- ♦ **Ceinture de sécurité** : un système de retenue dans un véhicule à moteur privé pour passagers.

GARDERIE

Si, par suite d'un accident, un participant subit une perte de la vie pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la présente garantie, et que l'enfant à sa charge est inscrit dans une garderie à la date de son décès ou est inscrit dans une garderie dans les 365 jours qui suivent son décès, la personne qui agit à titre de père ou de mère peut faire une demande de prestations par écrit auprès de l'assureur, pour couvrir les dépenses nécessaires et raisonnables engagées par suite de ladite inscription de l'enfant à charge.

Les paiements seront effectués par l'assureur pour chaque année pendant laquelle l'enfant à charge est inscrit à une garderie, jusqu'à concurrence de ce qui suit, et ce, selon la première des éventualités ci-dessous à survenir :

- a) l'enfant à charge atteint l'âge de 12 ans; ou
- b) 4 paiements annuels ont été effectués.

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

Le premier paiement sera effectué à la dernière des éventualités suivantes à survenir : la date à laquelle les prestations de perte de la vie versées à l'égard du participant sont payables en vertu de la présente garantie ou la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie. Des paiements subséquents seront payables pour chaque année successive à la date à laquelle l'assureur reçoit une preuve selon laquelle l'enfant à charge est inscrit dans une garderie.

Le montant de chaque paiement équivaudra au moindre des montants suivants :

- a) Le montant réel demandé par la garderie à l'égard de l'enfant à charge;
ou
- b) 5 000 \$.

Comme il est stipulé dans la présente garantie :

- ♦ **Garderie** : un centre qui a été autorisé par le gouvernement provincial à fournir des services de garde pour enfants.

RESTRICTIONS

Le montant total payable pour toutes les pertes découlant de tout accident ne doit pas dépasser le montant d'assurance du participant tel qu'indiqué au Tableau sommaire de la présente garantie, sauf s'il s'agit d'hémiplégie, de quadriplégie ou de paraplégie.

Si un participant est victime de plus d'une perte selon le *Tableau des montants d'assurance* de la présente garantie, par suite d'un accident quelconque et à l'égard d'un membre quelconque, le paiement sera versé uniquement en fonction de la perte visée par le montant le plus élevé.

INDEMNITÉ MAXIMALE GLOBALE POUR TOUTES LES PERTES SUBIES AU COURS D'UN MÊME ACCIDENT AÉRIEN

Nonobstant les prestations payables à chaque participant, l'indemnité maximale globale pour toutes les pertes couvertes subies par tous les

RÉGIME E – ASSURANCE DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DU PARTICIPANT (suite)

participants par suite du même accident aérien ne doit pas dépasser 5 000 000 \$.

Advenant que l'indemnité maximale globale soit insuffisante pour couvrir le montant intégral stipulé pour chaque participant, le montant des prestations payables à l'égard de chaque participant sera proportionnel à l'indemnité maximale globale par rapport au montant total des prestations à payer sauf l'indemnité maximale globale.

EXCLUSIONS

Aucun montant n'est versé en vertu de la présente garantie si le décès ou la mutilation résulte directement ou indirectement :

- a) d'un suicide ou d'une tentative de suicide ou de toute blessure que le participant s'inflige volontairement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) d'un acte criminel que le participant a commis ou tenté de commettre, ou de la provocation d'une agression;
- c) de toute agitation civile, insurrection ou guerre, que la guerre soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- d) du service dans les forces armées ou auxiliaires de tout pays;
- e) d'un vol ou d'un voyage à bord d'un avion ou d'un aéronef, sauf si le participant vole à titre de passager et n'est pas membre de l'équipage ou n'exerce pas une fonction quelconque à bord de l'aéronef ou se rapportant au vol, à condition (i) qu'un tel aéronef soit muni d'un certificat de navigabilité, (ii) qu'il soit piloté par une personne qui détient un permis de vol à jour et valide faisant foi de ses compétences de pilote et l'autorisant à piloter l'aéronef, et (iii) qu'il ne soit pas la propriété, qu'il ne soit pas exploité, nolisé ou loué par le titulaire de police ou par l'employeur du participant.

L'embarquement à bord d'un aéronef ou le débarquement d'un aéronef sont considérés comme faisant partie du vol;
- f) de la conduite d'un véhicule motorisé alors que le participant avait un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi au moment de l'accident.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Conformément aux dispositions de la police collective, l'assureur s'engage à payer au participant atteint d'invalidité, à condition qu'il ait été assuré en vertu de la présente garantie au début de l'invalidité totale, des prestations basées sur le montant de protection détenu par le participant tel que déterminé à la date du début de la même période d'invalidité totale, à partir de la fin du délai de carence et pour la durée maximale prévue ci-après. Durant une même période d'invalidité, le montant de protection n'est pas modifié. Le délai de carence et la durée maximum s'appliquent par même période d'invalidité. Le premier versement est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite, tant que subsiste l'invalidité.

Le premier ou le dernier versement de l'assureur, pour une même période d'invalidité, est fractionné, le cas échéant, à raison de 1/30 par jour d'invalidité totale pour le mois au cours duquel les prestations de l'assureur débutent ou se terminent.

DÉFINITION

Dans la présente garantie, on entend par :

Délai de carence

Une période qui commence au début d'une même période d'invalidité et pendant laquelle aucune prestation n'est payable en vertu de la présente garantie. Le participant peut opter pour les délais de carence indiqués au Tableau sommaire.

MONTANT DE PROTECTION

Le montant d'assurance du participant correspondra au montant d'assurance demandé tel qu'indiqué au Tableau sommaire.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

PRESTATIONS

Lorsqu'un participant est atteint

- a) «d'invalidité totale» : l'assureur verse au participant le montant de protection détenu par celui-ci à la date du début de la même période d'invalidité;
- b) «d'invalidité partielle» (résident seulement) : l'assureur verse au participant le montant de protection prévu s'il était atteint d'invalidité totale.

Le montant des prestations est établi à partir du montant de protection et des autres dispositions prévues à la présente garantie.

DURÉE DES PRESTATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Les prestations en cas d'invalidité totale cessent d'être payables à compter de la date à laquelle le participant atteint l'âge de 65 ans.

INDEXATION DES PRESTATIONS

Lorsque des prestations ont été payées par l'assureur pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité, le montant des prestations payé est ajusté le 1^{er} juillet de chaque année subséquente selon l'indice des prix à la consommation (IPC) et selon le maximum indiqué au Tableau sommaire, moins 3 %. Le résultat du calcul précédent ne peut toutefois excéder 4 % ou être inférieur à 0.

PRÉSUMPTION D'INVALIDITÉ

Si, à la suite d'une blessure ou d'une maladie, le participant perd l'usage total ou partiel

- a) des deux mains,
- b) des deux pieds,
- c) d'une main et d'un pied,

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

- d) de la vision des deux yeux,
- e) de l'ouïe des deux oreilles,
- f) ou de la parole,

ou que cette perte ait résulté d'une maladie qui s'est manifestée alors que le participant était couvert par la garantie Assurance revenu de longue durée de la police collective, le participant sera considéré comme totalement invalide à compter de la date de survenance de la perte totale et définitive et il aura droit aux prestations mensuelles d'invalidité totale, qu'il exerce ou non une activité rémunérée et qu'il soit ou non suivi ou traité par un médecin.

ALCOOLISME ET TOXICOMANIE

Toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie est reconnue sous réserve des dispositions de la police collective et à la condition que le participant reçoive des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation.

GROSSESSE

Toute période d'invalidité résultant d'une grossesse, d'un accouchement, d'une fausse couche ou de toute complication en rapport direct ou indirect avec l'une de ces causes est reconnue conformément aux dispositions de la présente garantie, sauf lorsque cette période se situe :

- a) pendant un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale;
- b) pendant les périodes durant lesquelles des prestations de maternité sont payables en vertu de la loi sur l'assurance emploi ou du régime québécois d'assurance parentale (RQAP).

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

EXCLUSIONS

La présente garantie ne reconnaît aucune période d'invalidité :

- a) pendant laquelle le participant n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- b) qui résulte d'une perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel par le participant, de la participation active du participant à une émeute ou à une insurrection, de blessures que s'est intentionnellement infligées le participant, qu'il ait été alors conscient ou non de ses actes;
- c) qui résulte de traitements esthétiques;
- d) qui résulte directement ou indirectement d'une guerre, déclarée ou non, ou d'une guerre civile.
- e) qui ouvre droit à des prestations en vertu d'une garantie similaire en vigueur avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

La présente garantie ne couvre aucune période d'invalidité due à un accident ou une maladie survenu avant la date d'entrée en vigueur de la protection accordée sans preuve d'assurabilité et ayant nécessité des traitements ou des soins médicaux au cours des 6 mois précédant cette date.

La présente disposition est sans effet lorsque le participant a été protégé par la présente garantie de façon continue et n'est pas devenu invalide par suite de ces causes pendant les 12 mois suivant la date d'entrée en vigueur de sa protection.

PREUVES

Le participant doit faire parvenir au siège social de l'assureur, dans les 90 jours suivant la date du commencement de l'invalidité, des preuves écrites de l'accident ou de la maladie dont il a été victime et de la continuation de son invalidité.

RÉGIME G – ASSURANCE REVENU EN CAS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (suite)

Le défaut du participant de fournir ces preuves dans les délais prévus prive ce participant du droit de retirer des prestations relativement à l'invalidité en cause, pour la période antérieure à la date de la réception effective par l'assureur de telles preuves d'invalidité.

RESTRICTIONS

En cas de terminaison de la présente garantie, le participant doit faire parvenir au siège social de l'assureur, au plus tard 6 mois après la date du commencement de l'invalidité, les preuves écrites de l'accident ou de la maladie dont il a été victime et de la continuation de son invalidité. Le défaut du participant de fournir ces preuves dans le délai prévu prive ce participant du droit de retirer des prestations relatives à l'invalidité en cause.

Par la suite, des preuves de continuation de l'invalidité doivent être soumises chaque fois que l'assureur le demande.

À défaut de fournir à l'assureur toutes preuves supplémentaires ou de se soumettre à un examen médical dans les 31 jours suivant la demande écrite de l'assureur, le participant est privé du droit de retirer des prestations relatives à l'invalidité en cause, pour la période s'étendant de la fin de ce délai de 31 jours jusqu'à la date de la réception effective par l'assureur de telles preuves supplémentaires ou du rapport de l'examen médical demandé.

Toutefois, si le participant ne se soumet pas à telle demande de l'assureur dans un délai de 6 mois, il perd le droit de retirer des prestations relatives à l'invalidité en cause.

De plus, la prestation mensuelle ne sera pas versée à un participant qui s'absente du Canada ou des États-Unis pour une période de 90 jours consécutifs et plus. Le droit du participant de recevoir la prestation mensuelle sera de nouveau rétabli à son retour au Canada ou aux États-Unis, sous réserve de toute autre disposition de la présente garantie.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance maladie complémentaire

Le participant doit remplir le formulaire correspondant, y joindre l'original des reçus, le cas échéant, et transmettre le tout à l'adresse suivante :

Pour les participants résidant au Québec et dans les provinces de l'Atlantique

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Pour les participants résidant en Ontario et dans les provinces de l'Ouest

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements maladie/dentaire
C.P. 4643, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 5E3

Il est important que le participant conserve une copie de ses reçus. De plus, le participant devrait conserver une copie du calcul détaillé des prestations qui sera joint à ses chèques de remboursement. Le participant peut avoir besoin de ces documents pour établir la coordination de ses prestations avec un autre assureur ou pour sa déclaration de revenus.

COMMENT NOUS TRANSMETTRE VOS DEMANDES DE RÈGLEMENT

Demandes de règlement pour la garantie d'Assurance revenu

Le participant doit remplir le formulaire correspondant et le transmettre à l'adresse suivante :

Pour les participants résidant au Québec et dans les provinces de l'Atlantique

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements invalidité
C.P. 800, succursale Maison de la Poste
Montréal (Québec) H3B 3K5

Pour les participants résidant en Ontario et dans les provinces de l'Ouest

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Assurance collective - Service des règlements invalidité
522, avenue University, bureau 400
Toronto (Ontario) M5G 1Y7

AVIS IMPORTANT pour les personnes hospitalisées hors du Canada

La personne assurée est tenue de communiquer avec le fournisseur du service d'assistance médicale de l'Industrielle Alliance aussitôt qu'elle est raisonnablement en mesure de le faire après le début de son hospitalisation, sans quoi l'Industrielle Alliance peut refuser la demande de règlement de la personne assurée ou y apporter des limitations.

Appel des États-Unis 1-800-203-9024 (sans frais)
Appel d'un autre pays 514-499-3747 (appel à frais virés)

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Industrielle Alliance tient à protéger la confidentialité des renseignements personnels obtenus sur tout participant et ses personnes à charge dans le cadre de services fournis en vertu du régime collectif établi pour le titulaire de la police. L'Industrielle Alliance reconnaît et respecte le droit de toute personne à sa vie privée et à la confidentialité des renseignements qui la concernent.

Dès l'adhésion du participant au régime collectif, l'Industrielle Alliance ouvre un dossier confidentiel pour y consigner tout renseignement personnel obtenu à l'égard du participant. Ce dossier sera conservé aux bureaux de l'Industrielle Alliance.

Ne peuvent avoir accès au dossier que les employés, les représentants et les fournisseurs de services de l'Industrielle Alliance qui en ont besoin dans l'exercice de leurs attributions, ainsi que les personnes qui ont reçu l'autorisation du participant, ou qui y sont autorisées par la loi.

À l'Industrielle Alliance, les renseignements personnels recueillis sont utilisés dans le cadre de services administratifs exigés par le régime collectif. Ces services administratifs comprennent notamment :

- l'établissement de l'admissibilité au régime collectif ou à une quelconque garantie;
- l'inscription des participants au régime collectif;
- l'évaluation et le règlement des sinistres;
- la sélection des risques (y compris l'établissement des taux applicables au régime collectif).

Droit d'accès du participant aux renseignements personnels obtenus à son égard

Le participant a le droit de consulter les données recueillies à son sujet et de demander, par écrit, la correction de toute information inexacte. Le participant peut en outre demander que toute donnée périmée ou superflue soit supprimée.

Si l'Industrielle Alliance a au dossier du participant des renseignements médicaux qu'elle n'a pas obtenus directement de ce dernier, elle ne les communiquera au participant que par l'entremise de son médecin traitant.

Pour demander l'accès aux renseignements personnels le concernant, ou pour demander qu'on enlève son nom de la liste utilisée à l'intérieur du Groupe Industrielle Alliance, le participant doit communiquer par écrit avec le responsable du droit d'accès à l'information à l'adresse ci-dessous :

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Responsable du droit d'accès à l'information
1080, Grande Allée Ouest
C.P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3